17

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 mars 1906, à 1 heure

PAR

G. PERSON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES APPENDICULO-VÉSICALES

Président : M. Paul SEGOND, *Professeur.*

Juges : MM. BLANCHARD, *Professeur.*
KIRMISSON, *Professeur.*
TEISSIER, *Agrégé*

PARIS
A. MALOINE, EDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU	RENON.
BRANCA	FAURE	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	
BROCA André.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres a leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Chirurgien de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Au cours de notre internat à l'hôpital civil de Versailles, il nous a été donné d'observer un cas de fistule appendiculo-vésicale. Frappé de la rareté de cette complication, M. le docteur Broussin, chirurgien de l'hôpital, nous suggéra l'idée de faire de plus amples recherches à ce sujet.

A part quelques lignes relatives à la question, éparses par-ci par-là, aucun traité classique ne s'occupe spécialement de cette complication de l'appendicite, moins rare cependant qu'on pourrait le croire, car nos recherches nous ont permis de réunir une trentaine d'observations de cas de fistules appendiculo-vésicales.

Mais, à la veille de terminer nos études médicales, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte de ne pas oublier tous les maîtres qui nous ont dirigé dans le cours de ces études et de leur exprimer toute notre reconnaissance.

Nous adressons à notre très regretté et très vénéré maître, M. le professeur A. Decès, l'hommage de notre vive reconnaissance pour l'intérêt affectueux qu'il ne manqua jamais de nous témoigner, avant et pendant

notre première année d'études à l'école de médecine de Reims. Nous garderons toujours un souvenir ému de ses leçons d'aménité, de droiture et de probité professionnelle qu'il nous donnait sans cesse, tandis qu'il guidait nos premiers pas dans la science chirurgicale.

Nous garderons longtemps encore le souvenir de la bienveillance et des excellentes leçons de nos autres maîtres dans les hôpitaux et à l'Ecole de médecine de Reims : MM. les professeurs H. Henrot, directeur, Harman, Langlet, Pozzi, Colleville, Hache, De Bovis, Lardennois, Gueilliot, Hoël et Jacquinet.

Nous avons trouvé à Versailles, parmi nos chefs, la même bienveillance qu'à Reims. MM. les docteurs Broussin, Parel, Mauger, de Lauréal, que nous avons pu particulièrement apprécier comme interne de leur service, ont droit à notre reconnaissance ; nous n'oublierons pas pour cela M. le docteur Laurent, dont jamais nous ne fûmes l'interne et qui cependant nous a accueilli avec beaucoup de bienveillance. Que MM. les docteurs Brunel et Sœderlindh, chargés des services de spécialités, qui nous ont fait profiter de leurs conseils, reçoivent nos sympathiques remerciements.

M. le professeur Segond nous a fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse, nous en avons été très touché et nous lui adressons l'expression de nos biens vifs remerciements et notre profonde gratitude.

CHAPITRE I

Etiologie.

D'une façon générale, nous pouvons dire que tous les états pathologiques de l'appendice peuvent provoquer des fistules. Le *cancer*, la *tuberculose*, la *syphilis* de l'appendice peuvent amener des fistules ; mais ces cas sont excessivement rares, pour ne pas dire qu'ils n'existent pas ; car la littérature médicale ne nous a fourni aucune indication à cet égard.

L'*actinomycose* de l'appendice a donné lieu à trois ou quatre observations de fistules appendiculo-vésicales dues à l'actinomycose. Ces observations sont consignées dans la thèse de *Mikaïloff*, qui a étudié d'une façon toute spéciale l'actinomycose des voies urinaires.

Les *corps étrangers* de l'appendice peuvent aussi déterminer la production de fistules aboutissant à la vessie. Il en est de même pour les *parasites intestinaux*, tels que les ascarides, les entozooaires, etc.

Mais c'est surtout dans l'*appendicite* que l'on a observé des fistules aboutissant à la vessie. Cette communication se produirait par des lésions de péritonite intermédiaire, plus ou moins localisée. Ces lésions crée-

raient avec les organes voisins, des adhérences qui limiteraient des trajets fistuleux ou des cavités purulentes qui viendraient s'ouvrir dans la vessie (Pascal).

Pour expliquer la genèse et l'évolution des phénomènes fistuleux, *Reynès* s'exprime ainsi : l'abcès appendiculaire, qui peut avoir une virulence plus ou moins marquée, et faisant migration vers le petit bassin, la surface extérieure de la vessie subit l'action des germes microbiens, avec lesquels elle se trouve en contact. Il se produit alors, comme toujours en pareil cas, une réaction de péricystite.

Celle-ci s'accompagne généralement de dysurie et même de bactériurie momentanée due au passage, à travers les parois de la vessie, des microbes de l'abcès appendiculaire, et notamment des coli-bacilles. Si la péricystite persiste, on voit alors survenir la cystite interstitielle et la cystite vraie.

Souvent aussi, l'ouverture de l'abcès appendiculaire se fait dans la vessie à cause de la situation anormale de l'appendice, comme nous le verrons plus loin.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

L'étude anatomique des fistules appendiculo-vésicales permet d'établir la fréquence relative du siège, de l'étendue, de la nature de la lésion. Il nous faut aussi envisager la situation de l'appendice qui est normale ou anormale.

SITUATION ANORMALE DE L'APPENDICE

Il peut paraître singulier, *a priori*, qu'il y ait une corrélation entre l'appendicite et la vessie ; car l'appendice vermiforme et la vessie sont deux organes absolument indépendants, au point de vue anatomique.

Cependant, certaines anomalies, dans le développement, entraînent une ectopie assez fréquente de l'appendice. Les deux organes peuvent entrer en contact, et les lésions pathologiques retentir de l'un sur l'autre : c'est d'ailleurs toujours l'appendice qui vient au-devant de la vessie.

On peut le trouver, tantôt derrière l'ombilic au-dessus de la vessie, tantôt derrière le pubis ; même il est allé croiser le réservoir urinaire et occuper la fosse iliaque gauche.

Plus souvent, il tombe dans le pelvis, et se trouve en situation basse, dans l'excavation, dans la cavité de Douglas, entre la vessie et le côlon pelvien et le rectum chez l'homme ; entre l'utérus et la vessie chez la femme. Parfois il est accolé à la face postérieure, à l'une des parois latérales, au sommet de la face antérieure du réservoir urinaire.

D'après les recherches anatomiques qui ont été faites, la situation de l'appendice est essentiellement variable.

En outre, on a fait de la *grande longueur* de l'appendice une circonstance concomitante de sa descente dans le bassin. Or, l'appendice ainsi prolabé affecte naturellement des rapports spéciaux avec les organes pelviens.

Siège de l'abcès. — Au point de vue anatomo-pathologique, les appendiculaires ont des sièges très variables.

Talamon les classait en quatre groupes et la division de Gerster en cinq types est classique (types ilio-inguinal, antérieur, postérieur, pelvien, interne). Mais cette division est factice et ces types ne répondent pas à la totalité des faits.

Ce qui est important à retenir, c'est que l'abcès peut siéger tout autour de l'appendice et du cœcum et se prolonger par continuité jusque dans la région la plus éloignée de son point de départ. Il est manifeste que

l'appendice enflammé, tout en ne quittant pas la fosse iliaque, peut agir à distance sur le réservoir urinaire. Ces suppurations *à distance* ont été fort bien étudiées par *Piard* (*Thèse* de Doct., Paris, 1896), qui admet trois variétés d'abcès iliaques (pelvienne, crurale et lombaire, qui est la plus fréquente).

Trajet fistuleux. — Le trajet est extrêmement variable de *direction*. Ce sont surtout les aponévroses qui jouent un rôle prépondérant dans la marche des abcès. Ceux-ci suivent ordinairement la voie dans laquelle les dirigent la pesanteur et les adhérences qu'ils rencontrent sur leur chemin. Il en résulte que le trajet fistuleux n'est pas toujours aussi direct qu'on pourrait le supposer.

Le plus souvent, il est sinueux, irrégulier, modifié par des clapiers, des décollements plus ou moins étendus.

Enfin, il peut être *simple* (cas le plus fréquent) ou *double*.

Quant à ses *dimensions*, elles sont également très variables, et son calibre est loin d'être uniforme. Très rétréci en un point, jusqu'à ne pas admettre la pointe d'un stylet, il peut acquérir, plus loin, la dimension d'une plume d'oie et quelquefois davantage.

Dans tous les cas, il est tapissé par une membrane épaisse, recouverte de bourgeons fongueux de mauvaise nature et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. En d'autres termes, il est revêtu de cette membrane qu'on appelait autrefois pyogénique et que l'on retrouve tou-

jours à la surface des cavités pathologiques dans lesquelles des corps étrangers ou tout autre cause entretiennent la suppuration.

Orifices fistuleux. — Le *siège* de l'orifice est extrêmement variable. Il peut se trouver sur la face antérieure de la vessie (rare), sur les faces latérales gauche (rare) ou droite, au sommet ou sur le bas-fond de la vessie. Ces deux derniers points sont les sièges les plus fréquents de l'orifice fistuleux.

La communication avec le réservoir urinaire peut se faire par un seul ou plusieurs orifices. Ces orifices offrent les variations d'aspect et de dimensions les plus grandes.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Signes cliniques. — Le tableau clinique des fistules appendiculo-vésicales est, en général, d'une extrême simplicité. Les phénomènes pathologiques qui précèdent l'apparition de la fistule appartiennent à l'affection causale, et peuvent être des plus variées.

Le *début*, en effet, est loin d'être toujours le même. Il peut être rapide, s'accompagnant de phénomènes aigus particuliers; ou bien, il peut être lent, insidieux, au point que le malade ne se doute même pas de son affection. Au cours de leur affection, sans phénomènes prémonitoires spéciaux, les malades sont pris d'une crise de rétention d'urine complète ou incomplète ; mais ce fait n'attire pas particulièrement leur attention ; et ce n'est que plus tard, lorsqu'ils s'aperçoivent qu'ils rendent des gaz par l'urèthre que les malades commencent à s'inquiéter.

Un premier phénomène assez fréquent encore est l'apparition d'une urine bourbeuse, d'odeur fétide, fécaloïde. Elles contiennent même des matières fécales ;

mais ce fait est rarement signalé comme symptôme de début.

Les urines peuvent être purulentes ; mais cela se produit surtout dans les cas où une collection purulente fait irruption dans la vessie et s'échappe par l'urèthre. Les phénomènes de la perforation s'établissent après la première miction purulente qui constitue, en réalité, le véritable signe clinique initial.

Parfois le premier symptôme semble être uniquement constitué par des *phénomènes douloureux* au niveau de l'hypogastre. Les observations qui présentent ce mode de début par des douleurs qui durent quelques jours seulement, font partie du groupe des cas à début rapide. Quelquefois cette rapidité d'évolution s'accompagne de *phénomènes fébriles*.

Symptômes appendiculaires. — Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique de l'appendicite qui est fort bien connu : douleur généralement brusque, parfois précédée de quelques troubles digestifs vagues, localisée à la fosse iliaque droite, plus vive au point de Mac Burney, avec empâtement et submatité, au même endroit, accompagnée de quelques signes généraux tels que : langue sèche, nausées, vomissements alimentaires ou bilieux, constipation opiniâtre, pouls rapide et petit, faciès grippé, etc.

Symptômes vésicaux. — Le retentissement de l'affection appendiculaire sur la vessie peut se manifester par certains troubles fonctionnels avant même que

des lésions locales inflammatoires se soient établies d'une façon appréciable. Dans certains cas, il peut arriver que les symptômes appendiculaires passent complètement inaperçus : les phénomènes urinaires seuls retiennent l'attention.

Ces troubles urinaires ne sont pas toujours dûs à un phénomène réflexe. Le voisinage du foyer inflammatoire peut être la cause de phénomènes vésicaux qui sont, en général, plus graves. Débutant par de la rétention, de la douleur à la miction, le malade peut aussi uriner très fréquemment avec effort ; mais ses urines ne perdent pas leur limpidité ordinaire.

Les mêmes signes fonctionnels se maintiennent avec une plus grande intensité cependant, et il s'y surajoute de la *pyurie*, de la *pyélo-cystite*, parfois de l'*hématurie* et une expulsion simultanée de débris de sphacèle : on se trouve en présence d'une muqueuse vésicale lésée, d'une *cystite*, à proprement parler.

Nous ne pouvons faire mieux que d'emprunter au docteur Duret (de Lille) la description qu'il donne des phénomènes accompagnant la production des fistules.

« Lorsque, dans le cours d'une appendicite, présentant d'ailleurs tous les symptômes cliniques qui lui sont propres, une ouverture doit se faire du côté de la vessie, il se développe d'abord une péricystite plus ou moins accusée qui se traduit par des troubles de la miction plus accentués que dans les cas ordinaires, où ils sont de nature réflexe ; on observe du ténesme, des épreintes, des envies fréquentes d'uriner et quelquefois même de la rétention ; puis tout à coup au moment d'un

effort, le malade est pris d'un besoin impérieux d'uriner, et il rend une urine trouble, présentant parfois une odeur fétide, fécaloïde. Il peut s'échapper en même temps des gaz, des corps étrangers et des tissus gangrénés. Ces perforations vésicales seront accompagnées, dans quelques cas d'hématuries plus ou moins graves, quelquefois répétées, causées par une cystite fongueuse ; parfois, elles sont suivies de mort. »

Symptômes fistulaires. — Les symptômes fistulaires sont la *conséquence* mécanique de la communication anormale qui existe entre l'appendice et la vessie.

Subitement, à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un effort, au cours d'un travail pénible ; parfois sans cause occasionnelle apparente, le malade, pris d'un besoin très impérieux d'uriner, ressent une vive douleur dans l'abdomen. La miction donne issue à un flot de pus d'odeur repoussante, fécaloïde ; en même temps ses urines sont troubles. La perforation est faite ; l'abcès appendiculaire s'est ouvert dans la vessie. Dès lors une partie du contenu intestinal s'écoulera, au travers de l'abcès et de la fistule, dans la vessie qui renfermera des matières fécales, des gaz et des corps étrangers divers, résidus de la digestion. Des émissions gazeuses se produiront par l'urèthre. Souvent même l'établissement d'une fistule est compliquée par la formation de calculs vésicaux qui viennent ajouter leurs symptômes particuliers aux autres symptômes observés.

Symptômes généraux. — Ils sont toujours la consé-

quence de l'infection et des progrès accomplis par la maladie. Mais les choses ne se passent pas toujours comme nous venons de le décrire plus haut ; et parmi les stades successifs que nous avons signalés, plusieurs peuvent faire défaut. Les prodromes peuvent manquer ; le stade de début peut ne pas exister.

De plus, certains signes physiques accompagnent fréquemment les symptômes de l'appendicite périvésicale. Dans la plupart des cas, on remarque l'existence d'une tuméfaction abdominale, située entièrement dans la fosse iliaque droite, ou bien elle s'y prolonge plus ou moins de la région hypogastrique et entre en rapports intimes avec le réservoir urinaire.

D'autres fois, ce sont, au contraire, les symptômes prémonitoires (pollakiurie, miction douloureuse, ténesme) qui prédominent et qui sont tellement aigus qu'ils peuvent égarer l'attention et laisser l'appendicite passer complètement inaperçue.

Dans sa thèse, Vladoff cherche l'explication de l'intensité des symptômes vésicaux dans le siège de l'abcès appendiculaire. Celui-ci donnerait lieu à des symptômes atténués lorsqu'il siège sur la face latérale droite de la vessie. Les phénomènes seraient, au contraire, très intenses quand l'ouverture de l'abcès se fait par le côté antérieur du réservoir urinaire.

CHAPITRE IV

Complications.

Les complications des fistules appendiculo-vésicales surviennent plutôt tardivement et sont le fait d'une infection secondaire. La fistule appendiculo-vésicale et, d'une manière générale, les fistules intestino-vésicales constituent un exemple frappant de la résistance de la vessie à l'infection.

« On pourrait cependant supposer *a priori* que les contacts anormaux influent rapidement et très vivement la muqueuse vésicale ; on en a encore plus le droit depuis qu'il est établi que le bactérium coli qui entre ainsi par voie directe et en abondance dans la vessie, est le microorgane qui exerce une action si prédominante dans tous les accidents locaux et généraux de l'infection urinaire. Les choses ne se passent cependant pas ainsi (Guyon). »

Quand elle est établie, la cystite reste longtemps sans revêtir de caractères de gravité. Elle ne devient grave, et alors très rapidement, que chez les malades porteurs d'un rétrécissement de l'urèthre ou dont le muscle vésical affaibli, vide mal le contenu de la vessie. Chez ces

malades, la cystite apparaît de bonne heure ; elle acquiert rapidement une intensité très grande. L'état général du malade est presque toujours précaire ; l'amaigrissement, la perte progressive des forces et de l'appétit, les troubles digestifs et urinaires amènent progressivement la cachexie ; et le malade meurt, d'une façon lente, dans l'hecticité et le marasme. Ou bien la mort survient rapidement à la suite d'une complication aiguë telle qu'une péritonite, une infiltration d'urine, ou une crise d'urémie dans le cas de néphrite secondaire.

Enfin, il ne serait pas rare de voir se produire de l'infection ascendante des voies urinaires qui provoquerait de l'urétéro-pyélo-néphrite.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic positif de la fistule appendiculo-vésicale constituée est facile à faire quand il existe les trois grands symptômes fonctionnels : symptômes appendiculaires, rejet de gaz et de matières fécales par l'urèthre.

Le passage des matières fécales par la vessie est pathognomonique ; l'émission des gaz par l'urèthre ne l'est pas.

Lorsque les symptômes appendiculaires passent inaperçus, on devra faire le diagnostic différentiel avec :

1° La PNEUMATURIE ESSENTIELLE, c'est-à-dire la formation spontanée de gaz dans la vessie. Ce fait semble maintenant définitivement établi et les gaz peuvent être rejetés par l'urèthre de la même façon et avec les mêmes caractères cliniques que dans la fistule intestino-vésicale.

La pneumaturie peut encore se produire par fausse manœuvre de sondage ou par glycosurie. Dans ce dernier cas, l'examen des urines permet de lever tous les doutes.

2° L'adéno-phlegmon, comme dans le cas de Leplat, où les symptômes appendiculaires étaient si peu manifestes qu'ils n'avaient pu s'imposer au diagnostic et où les symptômes observés faisaient plutôt penser à un adéno-phlegmon de la paroi abdominale ;

3° La fièvre typhoide, qui peut produire une perforation vésicale lorsque l'anse intestinale perforée se trouve en contact avec la vessie ;

4° Un néoplasme intestinal ;

5° L'abcès de la prostate, qui peut s'ouvrir dans la vessie comme dans le cas de Keen, etc.

D'une façon générale, le diagnostic sera basé sur les commémoratifs, l'évolution de la maladie et l'examen des signes physiques. Quant au genre de la communication anormale, on ne peut faire que des hypothèses pour savoir si la fistule est directe par accolement ou indirecte avec trajet ou cavité intermédiaire.

Le diagnostic étant établi, on le complètera en tenant compte de l'aspect des matières fécales, de leur odeur, et de leur état de digestion.

Enfin le cystoscope rendra de grands services, surtout pour rechercher l'étendue des orifices fistuleux.

CHAPITRE VI

Pronostic.

D'une manière générale, le pronostic des fistules appendiculo-vésicales est toujours très sérieux. Il est subordonné à la nature des symptômes que l'affection présente. Il est variable suivant la durée moyenne de la maladie, suivant la fréquence et la gravité des complications et aussi suivant l'efficacité des méthodes thérapeutiques.

D'après Pascal, qui a fait une étude approfondie de toutes les fistules intestino-vésicales, la durée moyenne de la survie, sauf les cas de guérison spontanée, serait de trois ans environ. Mais ce chiffre de trois ans, pris comme moyenne de survie, n'a qu'une valeur absolument relative ; car, le plus souvent, le malade meurt de l'affection causale, c'est-à-dire de l'appendicite ; et la fistule ne survient que pour précipiter l'échéance fatale.

Les complications des fistules appendiculo-vésicales qui surviennent assez fréquemment et revêtent, en général un certain caractère de gravité, rendent le pronostic un peu plus sombre. Lorsqu'il y a des complications,

il n'est pas rare de voir le malade mourir, soit lentement dans le marasme et la cachexie, soit rapidement, emporté par l'urémie, une péritonite suraiguë, etc.

De plus, le malade peut succomber à une affection intercurrente, aiguë, comme la fièvre typhoïde par exemple, ou chronique comme la tuberculose.

Quelles que soient la nature et la cause de la lésion, le pronostic varie encore suivant le siège, l'étendue et la disposition de la fistule. Il est actuellement un fait bien nettement établi, c'est que les fistules qui sont situées haut sur le tube intestinal, telles que celles de la région iléo-cœcale ou de la région appendiculaire, sont beaucoup plus graves que les fistules recto-vésicales : elles ont sur la nutrition toute la gravité des anus contre nature siégeant sur l'intestin grêle.

De même, l'orifice vésical de la fistule se formant au voisinage des uretères constituera une difficulté opératoire dont il faudra tenir compte.

En outre, si la fistule est étendue, les moyens de communication entre l'appendice et la vessie deviennent plus faciles ; par suite, le passage des matières fécales dans la vessie se fera plus aisément : ce qui rendra plus redoutable l'infection des voies urinaires et plus difficile la guérison opératoire. Car, d'après Chavannaz, la présence d'un vaste foyer interposé aux deux ouvertures, intestinale et vésicale, doit assombrir le pronostic en facilitant les dégénérescences amyloïdes et l'hecticité.

Un autre fait qui a également son importance au point de vue du pronostic, c'est la façon dont se fait l'évacuation de la vessie. Si le muscle vésical se contracte suffi-

samment pour empêcher les rétentions incomplètes ; en un mot, si la vessie se vide bien et si l'urèthre est libre, il est clair que le pronostic sera moins sombre.

La disposition et la forme de l'orifice fistulaire peuvent également jouer un rôle important dans le pronostic. Parfois cet orifice vésical de la fistule est fermé par une sorte de valvule muqueuse qui s'oppose au passage des matières fécales dans la vessie : l'infection vésicale a, dans ce cas, moins de chances de se produire ; et l'on peut éviter une des plus terribles complications des fistules appendiculo-vésicales, l'infection ascendante des voies urinaires. Blanquinque a démontré que les cas où l'urine passe seule par le trajet fistuleux sont beaucoup plus favorables que ceux où les matières intestinales viennent s'accumuler dans la vessie.

La gravité des fistules appendiculo-vésicales dépend aussi de l'âge et de la résistance du malade.

Comme on le voit, s'il est des cas où l'on a observé des guérisons spontanées, la fistule appendiculo-vésicale n'en est pas moins d'un pronostic très sérieux. Le pronostic fut très sombre autrefois parce qu'on était mal armé contre elle. Aujourd'hui, la fistule appendiculo-vésicale est beaucoup moins grave que la perforation de la vessie. Grâce aux méthodes chirurgicales actuelles, l'opération n'est plus aussi urgente, puisqu'il peut suffire, pendant un temps plus ou moins long, de lutter contre l'infection et l'inflammation des parois vésicales ; et le pronostic n'en est que plus amélioré.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le temps n'est plus où l'on pouvait dire avec Boyer (1) que les fistules intestino-vésicales étaient au-dessus des ressources de l'art. Aujourd'hui ce n'est heureusement plus vrai ; et la chirurgie vient à notre secours lorsque le traitement non sanglant ne suffit.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical peut agir préventivement dans les cas où la fistule appendiculo-vésicale n'est pas encore formée. Ils consiste alors à éviter à la plaie vésicale et intestinale le contact de l'urine ou des matières fécales (cathétérisme uréthral, lavages, cautérisations).

Si la fistule est déjà produite, le traitement médical sera palliatif et aura pour but d'empêcher les accidents infectieux de survenir. Le drainage de la vessie obtenu par la sonde à demeure et les lavages vésicaux avec un antiseptique faible permettront d'éviter la rétention des produits septiques et d'empêcher l'infection. C'est ainsi

(1) Boyer. *Traité des maladies chirurgicales.* Paris, 1826, t. IX, p. 57.

que certains auteurs ont obtenu des guérisons par de simples lavages vésicaux, ou bien en maintenant leurs malades dans une position telle que les matières fécales ne pouvaient plus passer dans la vessie. D'autres auteurs firent des cautérisations directes au nitrate d'argent de l'orifice fistuleux après dilatation de l'urèthre chez des femmes. Nous-même, nous avons obtenu, chez notre malade, la fermeture du trajet fistuleux, en faisant une antisepsie vésicale aussi rigoureuse que possible.

Aux soins locaux, il faut joindre un traitement général qui visera surtout l'hygiène du malade, sa résistance physique et morale.

Ce n'est que dans les cas où le traitement médical n'aura pas donné de résultats satisfaisants que l'on aura recours à l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, c'est à la laparotomie que l'on s'adressera. La fistule guérit ordinairemet d'elle-même après l'ablation de l'appendice, et il est rare que l'on soit obligé de faire une suture vésicale à l'endroit de l'orifice fistuleux.

En résumé, si l'abcès appendiculaire est ouvert dans la vessie, il semble non seulement inutile, mais nuisible d'intervenir. Toutefois, si les accidents infectieux persistaient, M. Bazy recommande de faire une ouverture paravésicale, en un point déclive, et qui permettrait l'évacuation facile du pus. Les fistules appendiculo-vésicales simples consécutives à une appendicite aiguë peuvent guérir spontanément (notre cas en est un exemple) ; et il ne faut pas se hâter, à moins d'indications spéciales, de les traiter par la laparotomie. On se bornera, tout d'abord, à faire le traitement des compli-

cations en faisant des lavages vésicaux fréquents et en laissant une sonde à demeure dans la vessie. Ce n'est que dans le cas où la fistule ne guérirait pas, qu'on serait, nous semble-t-il, autorisé à intervenir par une laparotomie.

M. le professeur Poncet (de Lyon) recommande de savoir attendre et d'abandonner, à moins de complications, la perforation vésicale à sa voie naturelle qui est la cicatrisation de l'ouverture. On aura soin de procéder à la désinfection vésicale par les lavages intravésicaux. Plus tard, si des accidents appendiculaires nouveaux se produisaient, ce qui prouverait l'existence d'une appendicite à rechutes, on ferait la résection de l'appendice, autant que possible à froid ; et, suivant le siège de la lésion, c'est à la voie iliaque ou à la voie sous-ombilicale que l'on aurait recours.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle).

X..., épicier, 24 ans, entre à l'Hôpital civil de Versailles, le 2 janvier 1905, pour appendicite, après avoir été soigné chez ses parents depuis le 25 décembre 1904.

Le 25 décembre 1904, X... est obligé de rentrer chez ses parents parce que dit-il, il souffre dans le côté droit du ventre. Le malade est constipé depuis 3 jours, aussi son médecin appelé aussitôt lui ordonne de prendre 50 grammes d'huile de ricin. Il se purge le 26 au matin et va une dizaine de fois à la selle. Se sentant mieux le lendemain il reprend son travail, c'est-à dire le 27 décembre, mais le lendemain, 28, il était obligé de quitter son travail et de se mettre au lit. Au bout de 3 ou 4 jours, voyant que son état ne s'améliorait pas, il se décide à entrer à l'hôpital.

Aussitôt son entrée, il est examiné par M. le docteur Broussin qui diagnostique « appendicite suppurée ». On prend sa température, le matin elle est à 39°, et le soir, 39°8.

On lui fait des applications de glace sur la région appendiculaire qui est très douloureuse à la pression avec empâtement remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, s'étendant également à un travers de doigt au-delà de la ligne blanche. La percussion donne de la matité. Le 3 janvier au matin, M. le docteur Broussin pratique le toucher rectal. Il

sent une masse dure dans la fosse iliaque droite refoulant le rectum de côté. Température : 40°.

Vers 11 heures du matin, le malade est pris subitement de douleurs atroces qui se terminent après l'évacuation par le canal de l'uréthre de 380 grammes d'un liquide purulent, d'odeur fécaloïde.

Après avoir laissé reposer le liquide on examina le dépôt au microscope. Ce liquide contenait non seulement des globules de pus mais aussi des matières fécales.

Après cette débâcle notre malade se trouve beaucoup mieux et à 6 heures du soir la température était descendue à 38°. On lui fait un lavage de vessie à l'eau bouillie.

Le 4 janvier, M. le docteur Broussin l'examine à nouveau, le ventre est plus souple, beaucoup moins douloureux et l'empâtement remonte moins haut. Les urines recueillies dans un bocal contiennent encore du pus et des matières fécales, mais en moins grande quantité.

La température du matin est descendue à 37°8.

On pratique un nouvenu lavage de vessie toujours avec de l'eau bouillie. Le soir la température descend à 37°5.

Les 5 et 6 janvier, état stationnaire, lavage de vessie, urines toujours un peu purulentes, mais ne contiennent plus de matières fécales.

Le 7 janvier, le toucher rectal ne donne plus rien, le ventre n'est plus douloureux à la pression.

Le malade se sent tout à fait bien. La température, descendue à 37°, ne remonte plus.

Les urines sont redevenues tout à fait claires, aussi, à partir du 8 janvier, on ne lui fait plus aucun lavage et le malade sort complètement guéri le 30 janvier 1905.

Observation II

(Ménière).

In Mémoire sur des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. *Arch. de méd.*, Paris, 1828, p. 527.)

Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque. Symptômes gastro-intestinaux. Ténesme. Fistule intestinale et vésicale. Guérison.

Homme de 20 ans, porteur d'eau, assez faible. Ecart de régime qui donne lieu, en août 1827, à des nausées, des coliques et une diarrhée abondante qui dure douze jours. Constipation pendant trois jours, et bientôt symptômes gastriques ; ténesme très douloureux. La fosse iliaque droite est le siège d'un gonflement avec des élancements. Saignées de bras ; sangsues. Le 17e jour, le malade rentre à l'Hôtel-Dieu. La tumeur a le volume des deux poings, et le pus est rejeté au dehors par l'anus. En même temps, les urines, jusque-là claires, déposent une grande quantité de matières blanches ayant l'aspect du pus. Cette double évacuation continue pendant quelque temps ; et au bout de dix jours le malade sort guéri.

Observation III

(Ménière).

(*In* Mémoire sur des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. *Arch. de méd.*, Paris, 1828, p. 527.)

Abcès de la fosse iliaque droite, ouvert dans la vessie, l'intestin et à l'extérieur. Guérison.

Garçon de 11 ans, qui fut soigné pour une entérite grave occasionnée par des moyens empiriques employés contre le ténia. Trois mois seulement après la sortie de l'hôpital, on s'aperçoit de l'existence d'une tumeur ayant le volume d'une grosse orange et siégeant dans la fosse iliaque droite. Pendant les deux mois qui suivirent, la tumeur s'accrut peu à peu. Enfin il se fit une fistule cutanée par laquelle le pus s'écoule au dehors ; suppuration peu abondante. La fistule cutanée se ferme bientôt et les accidents reparaissent. Quinze jours après, le pus est rejeté par les selles. Huit mois après le début des accidents, amaigrissement du sujet, diarrhée persistante, inappétence ; mucus purulent en abondance dans les urines. La cicatrice cutanée ne tarde pas à se rompre, et le *pus s'écoule à la fois par le rectum, par la vessie et par l'ouverture extérieure.* Au bout de deux mois, guérison complète.

Observation IV

(J.-H. Johnson.)

(*Medico-chir. Review*, 1837, XXVI, 197-200. Analysé in *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 123.)

Cœcal ulceration. Appendiceal abscess. Perforated bladder. Autopsy.

Jeune homme présentant tous les symptômes de la phtisie pulmonaire et des phénomènes de cystite avec miction très douloureuse. L'état de l'urine qui est pâle, trouble, acide et qui

contient de l'albumine. fait penser à l'existence d'une affection rénale. Les traitements employés ne produisent aucune amélioration des troubles vésicaux. Le malade va de mal en pis et finit par mourir subitement.

Autopsie. — Tubercules à toutes les périodes dans les poumons. Reins parfaitement sains. Vessie saine au premier coup d'œil ; sa muqueuse n'est ni enflammée, ni épaissie ; mais sa paroi antérieure présente vers sa partie moyenne un orifice fistuleux ayant à peine le diamètre d'un pois. Cette ouverture communique avec la fosse iliaque droite par un trajet sinueux qui aboutit à un abcès formé en partie par le cœcum, en partie par du tissu cellulaire. Une large partie du cœcum était détruite par un travail d'ulcération considérable. La muqueuse cœcale, celle de l'iléon et de la valvule correspondante était profondément ulcérée.

Observation V

(Sédillot.)

(*Ann. de chir. franç. et étr.*, Paris, 1841, II, 305.)

Phlegmon appendiculaire. Fistules vésicale, intestinale et abdominale. Mort.

Officier de chasseurs, âgé de 34 ans, entre au Val-de-Grâce en novembre 1839, pour un abcès-fistule de la fosse iliaque droite. A l'examen, il présente quatre orifices fistuleux qui semblent se diriger vers le cœcum et donnent lieu à une suppuration abondante. Dans le pus on trouve de temps en temps des matières fécales et surtout des gaz ; de plus, au moment des mictions, il s'échappe ordinairement des fistules deux à trois cuillerées d'urine roussâtre. On avait donc à traiter un *ancien*

abcès de la fosse iliaque compliqué de la perforation du cœcum et de celle de la vessie. Le malade meurt de péritonite localisée à gauche, le 18 mai 1840.

A l'autopsie, induration du cœcum et de toutes les parties situées dans le petit bassin ; larges ulcérations du cœcum dont la muqueuse est décollée et en partie détruite. Le bas-fond de la vessie est traversé par une ouverture étroite, noirâtre, communiquant avec les foyers purulents voisins et l'abcès iliaque. Les faces antérieure, supérieure et latérale de la vessie étaient saines ; et sa muqueuse ne présentait d'altération qu'au point ulcéré.

Observation VI

(In *Ann. de chir. franç. et étr.* Paris, 1841, II, 495.)

Tumeur inflammatoire dans la fosse iliaque droite. Ouverture dans la vessie et le vagin. Guérison.

Femme de 24 ans, qui accoucha normalement le 8 février 1835. Quelques jours après, elle devint très excitable, très nerveuse et prit la nourriture en aversion. Cette excitabilité et cet état nerveux diminuèrent au bout de 6 semaines. A cette époque, il se développa dans l'*aine du côté droit une douleur qui s'étendit tout le long de la cuisse.* Constipation très grande ; sueurs abondantes ; amaigrissement notable. La malade est transportée à Liverpool dans le courant du mois d'avril. A l'examen, on reconnaît l'existence d'une tumeur située entre l'aîne et le pubis. On lui administra de l'extrait de jusquiame, des lavements chaque matin ; de plus, on lui faisait garder une diète sévère. Légère amélioration. Après avoir passé quelque temps à l'île de Man, la malade revint à Liverpool au mois de

juin. Son état ne s'était pas amélioré ; elle avait beaucoup maigri et avait des sueurs très abondantes. La tumeur avait augmenté de volume et se prolongeait vers la ligne médiane, où elle donnait la sensation d'une vessie distendue par du liquide. La malade se plaignait d'un sentiment de pression sur l'anus ; l'exploration de cette région démontra qu'il *existait dans le bassin une sorte de tumeur* ; le lendemain, 30 juin, il s'écoula avec les urines une grande quantité de pus. La tumeur avait diminué de volume et la malade se trouvait plus soulagée. Le pus continua à couler librement pendant quinze jours, mais par le vagin, ce qui faisait penser que l'abcès s'était ouvert dans ce canal après avoir été ouvert dans la vessie. Les mouvements des membres commencèrent à se rétablir ; la santé de la malade s'améliora, et six semaines après, les règles reparurent.

Observation VII

(Kingdon W.)

(In *Medico-chir. Review*, 1842, juillet.)

Un cas de fistule vésico-intestinale.

Garçon de 7 ans qui souffre, au commencement de 1836, de rétention d'urine : apparition à l'orifice uréthral d'un lombric qui est extrait par l'enfant lui-même ; retour de la miction. Un an après, les mêmes phénomènes reparaissent ainsi qu'en octobre 1838 et en janvier et avril 1839. Après les sorties répétées des lombrics par l'anus, surviennent les phénomènes suivants : douleur violente dans la région de la vessie ; urines purulentes ; puis, passage de l'urine avec les selles. Fièvre élevée et continue ; dépérissement ; épuisement extrême et mort le 15 novembre 1839.

Autopsie. — Appendice descendu dans le petit bassin ; à un pouce au-dessus de son extrémité inférieure, il adhère à la partie supérieure et latérale de la vessie. Celle-ci est petite et contractée autour d'un corps dur reconnu pour une pierre, long de 1 centimètre et demie et ayant 2 centimètres trois quarts de circonférence. Parois vésicales très épaisses et s'opposant presque entièrement au passage de l'urine dans la direction de l'uréthre ; ulcérations de la muqueuse vésicale juste au niveau de l'orifice de l'urèthre. Un peu au-dessus, la vessie communique avec l'appendice vermiforme par deux orifices fistulaires séparés l'un de l'autre par une étendue bien mince. Dilatation considérable des uretères et hypertrophie des reins. Au centre de la pierre, on trouva une grande épingle.

Le diagnostic de calcul de la vessie ne fut pas fait *in vivo*.

Observation VIII

(Salzer et Reuling.)

(In *Deutsche Klinik*, 1855, VII, 368.

Périty phlite ; fistule vésico-intestinale.

Femme de 35 ans, bien portante jusqu'à son accouchement, qui eut lieu il y a deux ans. Depuis ce temps, troubles menstruels et anémie. Elle entre à l'hôpital, le 13 mai 1853, avec le diagnostic de *catarrhe gastro-intestinal fébrile*. Au bout de huit jours, tuméfaction de la région iliaque droite, nettement délimitée par la percussion et très sensible à la pression. L'emplacement de cette tuméfaction correspondant exactement à l'appendice vermiforme, on porte le diagnostic de *périty phlite*. (Traitement : saignées locales et répétées, cataplasmes continus, opium.)

Malgré le traitement, la tumeur augmente de volume ; les douleurs deviennent plus intenses, les symptômes s'aggravent. La fièvre et la diarrhée épuisent considérablement la malade : ce qui rend l'opération impossible. Trois mois après le début de l'affection (6 août 1853), pleurésie gauche compliquant une péritonite généralisée due à une perforation de l'appendice. Mort le 16 août 1853.

A l'autopsie on trouve de nombreuses adhérences de tous les organes abdomino-pelviens. Entre les anses intestinales existe une cavité parfaitement délimitée par les adhérences, et remplie de matières fécales liquides. Perforation du cœcum de la grandeur d'un noyau de cerise. De ce foyer part un long conduit fistulaire s'étendant jusqu'à la vessie, à la paroi postérieure de laquelle apparaît un orifice gros comme une pièce de 50 centimes, et par lequel les fèces étaient entrées dans la vessie. L'appendice, difficile à trouver au milieu des adhérences, présente aussi une perforation grande comme un pois et dont un autre conduit fistulaire aboutissait au foyer fécal décrit plus haut. La sonde, introduite dans l'appendice, se heurta à un corps dur (grain de plomb).

Il était impossible, ajoute l'auteur, de reconnaître l'existence de la fistule vésicale *in vivo* ; car la malade rendit involontairement ses urines et ses matières, surtout dans les derniers jours de sa vie.

Observation IX

(Münnich.)

(*Monatschr. f. Geburtskunde*, 1863, XXI, 269.)

Homme d'âge moyen, reçu à l'hôpital pendant l'hiver 1857-1858, avec tous les signes d'un épanchement péritonéal cir-

conscrit dans la fosse iliaque droite. Quinze jours après, surviennent de fortes douleurs dans la région vésicale. Dans l'urine recueillie se forme un dépôt muco-purulent ; en même temps, on remarque une diminution considérable de l'épanchement. L'odeur féculente de l'urine qui se manifeste après, et l'examen microscopique qui révèle dans l'urine des particules du contenu intestinal mettent hors de doute une communication entre l'intestin et la vessie. Toutefois, au bout de dix à douze jours, la fistule s'oblitéra spontanément ; car on ne trouve plus de fèces dans l'urine. Celle-ci renferme encore du pus pendant quelque temps ; mais, environ huit semaines après l'entrée, le malade put être considéré comme guéri. L'examen de l'abdomen, avant son départ, démontra que l'épanchement dans la fosse iliaque droite avait complètement disparu. A travers les parois abdominales flasques, on sentait nettement une masse dure en forme de cordon, qui semblait être, du moins en partie, l'appendice vermiforme oblitéré.

Observation X

(Goode Henry.)

(*Brit. M. J.*, London 1864, II, 488-490.)

Case of abscess forming a fistulous opening between the bowel and the bladder.

Il s'agit d'un jeune garçon qui avait avalé une épingle, laquelle s'était fixée dans l'appendice. Elle provoqua des adhérences entre l'appendice et la paroi postérieure de la vessie, pénétra à l'intérieur de cet organe et devint le noyau de formation d'un calcul qui amena quelques troubles. La fistule appen-

diculo-vésicale qui en résulta fut rebelle à tous les traitements employés. Elle était accompagnée de phénomènes de toux et de vomissements qui ne cédaient à aucune médication et l'enfant mourut en quelques jours, deux ans après le début de son affection.

A l'autopsie, on trouva de vieilles et nombreuses adhérences des anses intestinales au-dessous de l'ombilic. Le cœcum et une partie de l'iléon étaient adhérents à la face péritonéale de la vessie. L'extrémité de l'appendice vermiforme présentait une partie qui ressemblait, vue de face, à un mamelon. Derrière la vessie et dans la cavité pelvienne, on trouva une masse résistante de six à sept pouces de diamètre et constituée par un gros abcès. Cet abcès intéressait la vessie et la partie inférieure du cœcum et la partie avoisinante de l'iléon. Un trajet fistuleux faisait communiquer l'abcès avec le cœcum et l'iléon. A la partie inférieure, le sac de l'abcès s'ouvrait dans la vessie par une petite ouverture suffisamment large pour admettre le libre passage d'une sonde ; l'orifice fistuleux siégeait à la partie postérieure de la vessie entre les deux orifices urétéraux. Muqueuse vésicale saine.

Observation XI

(Morgan J.)

(*Med. Chir. Trans.* Lond. 1865, p. 39.)

Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui présenta, en mars 1869, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction dure et douloureuse, du volume d'un œuf d'autruche. En avril 1863, vents pas l'urèthre suivis de douleurs intenses dans la vessie ; et quelques heures plus tard, féces et pus dans l'urine. En août, décharge profuse de féces ; la tumeur diminua de volume.

Pendant les trois derniers mois, presque tout passa par la vessie. Vers la fin, les matières passaient par la vessie sans trop incommoder le malade. Mort dans le coma au commencement d'octobre 1863.

A l'autopsie, la tumeur avait disparu ; distension de la partie inférieure de l'iléon qui était adhérent à la paroi abdominale ; communication entre la vessie et l'intestin au niveau de la valvule iléo-cœcale (sans doute appendicite).

Observation XII

(Krackowizer.)

(*Med. Record.* New-York, 1867.)

Adulte, qui, à l'âge de 8 ans, fit lui-même l'extraction, de son urèthre, d'un ver encore vivant. Deux ans plus tard, le même accident se produisit. Quelques années après, nouveau ver long de 5 à 6 pouces (ascaris lombricoïdes) ; il rend en même temps une substance graveleuse constituée par des graines d'airelle. Pendant ce temps, l'urine était claire. En dehors de quelques sensations pénibles dans l'urèthre et au périné, le malade fut assez fort pour assister, comme volontaire, à plusieurs batailles, pour guérir d'une blessure reçue à une jambe et pour se marier. Peu après survinrent des symptômes de calculs vésicaux. Les selles devinrent liquides, abondantes et fréquentes ; souvent elles ne pouvaient être retenues, avaient une odeur urineuse, et contenaient des mucosités, du sang, des flocons fibrineux ; ténesme rectal et vésical très douloureux. Taille latéralisée permettant d'extraire neuf calculs. Mort cinq jours après l'opération.

A l'*autopsie*, on trouva l'appendice fixé par des adhérences

anciennes à la face postérieure et latérale de la vessie. Ouverture vésicale à un pouce de l'orifice de l'uretère droit ; cette ouverture admettait une bougie de moyenne grosseur qui arrivait dans le cœcum en suivant la lumière de l'appendice. Le trajet fistuleux était long, anfractueux et fermé par une valvule qui ne permettait pas aux matières fécales de tomber dans la vessie.

Observation XIII

(Davat.)

(*Bull. Soc. anat.* Paris, 1873, XLVIII, 577.)

Symptômes de périty phlite chronique ; phlegmon péri-utérin ouvert simultanément à l'extérieur, dans le cœcum et dans la vessie ; autopsie (1).

Femme de 37 ans, jouissant d'une santé toujours bonne. A la suite de sa troisième grossesse, il y a deux ans, douleurs dans la fosse iliaque droite ; empâtement douloureux à la pression. Alternatives d'améliorations et d'aggravations ; jamais la rémission n'a été franche. Palpation très sensible ; aspect cachectique. Ouverture d'une collection purulente dans la fosse iliaque externe à deux travers de doigt au-dessous de la crête ilia-

(1) Cette observation semble être peu probante pour le cas qui nous occupe. Car elle a donné lieu à une discussion de laquelle il résulterait que ce serait l'utérus ou ses annexes qui auraient été le point de départ de la maladie. Ce n'est que secondairement que se seraient produites les fistules vésicale, appendiculaire et cutanée. C'est là l'opinion de M. Chouppe, à laquelle s'associe M. Lucas-Championnière.

que. La suppuration persiste jusqu'à la mort qui survient le 12 juillet 1873 (17 jours après l'admission).

Autopsie. — Dans la fosse iliaque droite, on trouve une masse dure recouverte par le grand épiploon dont le bord inférieur est adhérent à la tumeur elle-même. Sur cette tumeur se trouve la première portion du côlon ascendant ainsi que le cœcum et la dernière portion de l'iléon. Ces trois portions d'intestin ont conservé les unes par rapport aux autres leurs rapports normaux, et elles adhèrent à la tumeur par leur bord postérieur seulement. Si on ouvre ces trois parties d'intestin, on remarque que le côlon et l'iléon sont normaux ; le cœcum, au contraire, présente trois ou quatre dépressions en doigt de gant et une ouverture qui communique d'une part avec la vessie, et d'autre part à l'extérieur. Cette communication se fait par un trajet fistuleux qui passe en avant du muscle iliaque en se dirigeant de bas en haut, et qui, parvenue sur le bord externe de l'articulation sacro-iliaque, se recourbe pour se diriger de haut en bas et s'ouvrir dans la fosse iliaque externe après un parcours de 2 centimètres.

« L'ensemble de la pièce anatomique, ajoute l'auteur, paraît démontrer que l'appendice vermiculaire a été étranglé au devant de l'ovaire par une fausse membrane, et que les matières contenues ont déterminé une phlegmasie chronique qui a fini par s'ouvrir dans la vessie, dans le cœcum et à l'extérieur. Nous avons trouvé dans le reste du péritoine et notamment sur le foie et le ligament large gauche des fausses membranes très développées, et il est probable que ce sont ces fausses membranes, notamment celles qui partent du ligament large droit, qui ont été la cause première de l'étranglement de l'appendice. »

Observation XIV.

(Rochester.)

Trans. Am. méd. Assoc., Phila., 1879, XXX, 495-497.

Perityphlitic abscess discharging into the bladder and rectum with pathological spécimen.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, qui vint consulter en juin 1875. Il présente une tuméfaction de la région iliaque droite, sensible au toucher, et douloureuse en même temps, surtout au mouvement. Cette tuméfaction semble être très circonscrite et n'être pas plus grosse qu'une orange. On exclut le diagnostic de hernie et de bubon ; et l'on pense avoir affaire à un abcès iliaque ou à un abcès périty phlitique. Une opération exploratrice était décidée pour le lendemain lorsque, à la grande surprise de l'auteur, la tuméfaction s'évanouit en même temps que du pus et des matières fécales s'échappaient par l'urèthre. Médication tonique et repos absolu. Le jeune homme resta sous les soins de l'auteur pendant environ six mois, puis il alla consulter, à partir de janvier 1876, différents médecins qui ne conseillèrent pas de se faire opérer. Il mourut le 20 septembre 1878.

Autopsie. — Les anses intestinales, dans la fosse iliaque droite, sont très fortement adhérentes les unes aux autres et aux parties voisines. L'appendice, dilaté, était solidement fixé à la paroi abdominale antérieure et plongeait dans un abcès provenant probablement de l'appendice. Cet abcès renferme environ deux onces de matières fécales et de pus et communique, par un large orifice, avec le bas-fond de la vessie, et, par un autre, avec le rectum. L'abcès était si localisé par les adhé-

rences environnantes qu'il lui avait été impossible d'évacuer son contenu dans la cavité péritonéale.

Il est probable que, dans ce cas, ajoute l'auteur, une opération précoce aurait été couronnée de succès.

Observation XV

(Stedman C. E.)

(In : Two cases of appendicitis, one fatal.
Boston Med. a. Surg. Jour., 1888, CXIX, 241-243.)

Appendicite pelvienne ; incision iliaque n'ayant pas empêché l'ouverture dans la vessie ; mort.

Homme de 41 ans ; a été traité en 1882 pour une attaque prolongée de rhumatisme aigu. Dans le courant des onze dernières années, il eut plusieurs attaques de dysenterie et l'hiver dernier, il souffrait de constipation. Parents chétifs : sœur morte de phtisie.

Actuellement, il présente des symptômes d'appendicite avec phénomènes généraux peu alarmants : vomissements et constipation qui persistent ; douleurs abdominales vives surtout dans la région inguinale droite ; ballonnement du ventre et tympanisme dans la fosse iliaque droite. Par le toucher rectal, on sent une tumeur qui confirme le diagnostic d'appendicite. Mictions fréquentes. La tumeur et le ballonnement diminuent pendant quelques jours. Mais le seizième jour, la tumeur reparait dans la fosse iliaque droite : élévation de température ; facies grippé du malade. Intervention d'urgence le vingt et unième jour de la maladie : incision exactement au-dessus de l'arcade de Fallope. Lavage et drainage de la cavité puru-

lente. Abaissement de la température qui devient ensuite irrégulière (elle varie entre 98° et 120° F.). Dès le vingt-cinquième jour, le malade s'affaiblit de plus en plus. Le trente-troisième jour, passage des gaz des matières fécales et de l'urine à travers la plaie ; apparition des matières fécales dans l'urine ; mictions douloureuses. Le trente-quatrième jour, fistule scrotale. Le trente-neuvième jour, mort. A l'autopsie, on trouve l'appendice épaissi et induré. Sur la partie postérieure de la vessie, à un pouce et demi environ du bord postérieur de la prostate, se trouve un orifice par lequel la vessie communique librement avec la cavité purulente.

Observation XVI

(Rond de Lausanne.)

(*Rev. méd. Suisse romande,* 1889 ou 1890.)

Femme de 60 ans, souffre de douleurs intenses à l'épigastre et dans la région iléo-cæcale, depuis le 11 février 1886. Les phénomènes inflammatoires ne s'amendent pas. Le ventre se ballonne ; facies péritonéal. Rétention d'urine, le 10 avril. L'état de la malade s'aggrave. Le 11, laparotomie par incision oblique, sans anesthésie, vu l'état de la malade. Issue d'une quantité considérable de pus ; décollement des adhérences à la partie inférieure de la plaie ; drainage du péritoine et de l'abcès séparés. Le lendemain, ballonnement énorme, bruit de tambour, gargouillement. La malade semble *in extremis*. Les jours suivants, amélioration. Dans la nuit du 18 au 19 avril, crise suraiguë de cystite avec pyurie et phénomènes de pyélite. Sable dans les urines. Le 24 juillet, violents accès de cholélithiase. A la fin de l'année, la malade est relativement guérie.

Dès lors, elle reprend vie, engraisse et travaille comme à l'ordinaire. Cependant elle ressent encore, çà et là, des crises rénales et vésicales et même des crises de cholélithiase.

Remarque. — L'intervention tardive est arrivée lorsqu'une communication avec les voies urinaires était sur le point de se former, et n'a pas empêché celle-ci d'avoir lieu quand même.

Observation XVII

(Boiffin.)

(Société de chirurgie. Paris, séance du 22 avril 1891, In. *Bull. Soc. de chir.* Paris, 1891, XVII, 308.)

Appendicite ouverte dans le rectum et dans la vessie ; laparotomie ; guérison.

Homme de 28 ans. L'affection qu'il présente remonte à la première enfance ; dès cette époque, crises de violentes douleurs abdominales avec symptômes atténués d'occlusion. En novembre 1889, typhlite qui ne suppure pas ; mais il persiste une tuméfaction avec douleurs et fièvre. En janvier 1890, évacuations de pus dans la vessie et le rectum ; en même temps des gaz et des matières s'échappent par l'urèthre. L'état général devient très grave. Le malade ne prend que des aliments liquides qui provoquent même de violentes douleurs. Laparotomie latérale : tumeur volumineuse occupant l'origine du gros intestin ; vu l'état de faiblesse du malade, entéro-anastomose entre l'intestin grêle et le côlon transverse. Puis, après décollement du péritoine de la fosse iliaque, ponctions de l'abcès qui forme une masse solide. La plaie guérit en quelques jours, et la santé revint très rapidement.

Observation XVIII

(Hallé.)

(*Ann. d. mal. d. org. gén. urin.* Paris, 1892, 913.)

Femme de 56 ans, souffre depuis 5 mois de douleurs abdominales accompagnées de troubles de la santé générale. Puis brusquement, sans cause, survient une hématurie abondante qui s'est arrêtée spontanément. Un mois après, réapparition du sang dans les urines : l'hématurie devient alors persistante. Miction douloureuse et fréquente. Douleurs rénales, surtout à droite. Amaigrissement de la malade. Dans l'hypogastre, tumeur arrondie remontant jusqu'à mi-distance entre le pubis et l'ombilic et siégeant au niveau de la vessie. L'exploration vésicale montre que l'hématurie a bien les caractères de l'hématurie vésicale. Diagnostic fait : néoplasme vésical volumineux; anémie par hématurie persistante, fièvre, diarrhée, et mort 3 mois après le début des accidents. *Autopsie* : Adhérences de l'épiploon et de l'appendice à la partie droite du cul-de-sac vésico-utérin et à l'angle droit de l'utérus. Lésions de cystite chronique végétante ; au centre de la paroi vésicale inférieure existent deux petites perforations arrondies, à bords minces, laissant échapper dans la cavité vésicale une grande quantité de caillots putrides. En avant de l'utérus, entre sa face antérieure et la face postéro-inférieure de la vessie, grande cavité anormale plus grosse que le poing, communiquant avec la vessie par les deux petits orifices fistuleux et circonscrits par des adhérences péritonéales. L'appendice très épaissi et non perforé en apparence fait partie à droite de la paroi de la cavité.

Observation XIX

(Therig.)

(*Centralbl. f. inn. medicin* Leipzig, 1894, XV, 97-99.)

Zwei Fälle von Paratyphlitis mit Durchbruch in die Harnblase.

Premier cas.

Femme de 32 ans, prise le 1er mars 1886, de douleurs abdominales avec frisson et maux de tête. Le lendemain, tout le corps est très sensible ; respiration superficielle, pas de vomissements. Traitement : glace sur la région iléo-cœcale, injection de morphine. Les jours suivants, sensibilité toujours très vive ; résistance dans la région iléo-cœcale ; vomissements rares. Le *12 mars*, épanchement paratyphlitique très manifeste. Le *19 mars*, passage de cette exsudat dans la vessie. L'urine renferme un précipité épais, jaunâtre, qui contient de nombreux globules de pus. Les mictions sont douloureuses et provoquent des sensations de cuisson ; pas de ténesme après chaque miction. Lavages vésicaux au sublimé. Jusqu'au 1er avril la température varie entre 38°1 et 39°. Depuis, la fièvre tombe ; les urines redeviennent claires, l'appétit reparaît, La région iléo-cœcale est moins douloureuse. La malade se lève pour la première fois le 8 avril et le 1er mai 1886, elle sort complètement guérie. On ne trouva jamais de matières fécales dans les urines.

Deuxième cas.

Jeune fille de 17 ans. Début de la maladie le 8 janvier 1893 avec des douleurs dans la région hypogastrique droite. La

malade consulte. 2 jours après, un médecin qui prescrit une purgation à l'huile de ricin. Mais les douleurs persistent accompagnées de vomissements et de diarrhée. Le *15 janvier*. la malade entre à l'hôpital : inappétence, vertige, frisson. Abdomen tendu et excessivement douloureux. Miction extrêmement difficile : la malade n'a pas uriné depuis 24 heures. Pas d'albumine. Pouls petits, Le 16 janvier, anurie ; matité dans la fosse iliaque droite. Vomissements ; fièvre constante. Jusqu'au 26 janvier. la malade est traitée par la morphine. Du 26 au 29 janvier, poudre d'opium. L'abdomen devient alors moins tendu et l'on sent manifestement un épanchement dans la région iléo-cœcale. Cet épanchement est peu considérable jusqu'en mi-février. L'urine est trouble et renferme un peu d'albumine ; à l'examen microscopique on y trouve quelques débris de la muqueuse vésicale et de nombreux leucocytes. Dans la région iléo-cœcale, on sent une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon qui se dirige dans la profondeur vers la vessie. Le *29 mars*, l'urine devient trouble ; et l'examen microscopique révèle l'existence de globules de pus et de débris de la muqueuse vésicale. Lavages quotidiens de la vessie avec une solution boriquée à 4 p. 100. L'épanchement abminal diminue très lentement. Le 26 août, la malade sort à peu près guéri ; il y a encore une toute petite masse résistante dans la région iléo-cœcale, et l'urine est encore trouble. Le 23 décembre, la malade est revue en parfaite santé.

Remarque. — Dans ces deux cas, l'auteur estime que la guérison spontanée fut due à l'emploi prolongé des injections de morphine.

Observation XX.

(Brun.)

(*Presse méd.* Paris, 1896 V., p. 341.)

Garçon de 9 ans 1/2, présente une tuméfaction grosse comme un œuf de poule, dans la région hypogastrique droite. Douleurs intenses ; mictions fréquentes, douloureuses et peu abondantes. La tuméfaction augmente de volume, devient médiane et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pubis est douloureux à la pression. Température, 38°5. Diagnostic posé : *abcès de la cavité de Retzius d'origine appendiculaire.* Intervention décidée. L'enfant, endormi au moment où l'on se prépare à le sonder, urine seul ; mais son urine est trouble, d'odeur fécaloïde et contient des grumeaux de pus. L'ouverture de l'abcès dans la vessie est évidente. Laparotomie médiane qui laisse échapper un mélange de pus et de sang fétide, d'odeur fécaloïde et on se trouve en présence d'une poche du volume d'une mandarine, autour de laquelle existe une induration énorme de la paroi abdominale. Vomissements. Température, 39°2. Mort le soir de l'opération, 20 jours après le début des accidents.

Autopsie. — Le corps de l'appendice est sain ; mais son extrémité qui se perd dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal est perforée. Pus dans la vessie. Taches ecchymotiques sur la muqueuse vésicale. On ne peut apercevoir le point où s'est faite la perforation.

Observation XXI

(Jervell.)

(Forhandl. i. ost. med. Selskab. Christiania. 1895, 25 septembre. Reproduit in *Centralbl f. chir.* Leipzig, 1896, n° 25.

Typhlitis und Blasendarmfistel.

Le cas que l'auteur présente à la Société de chirurgie de Christiania est celui d'une jeune fille de 17 ans, ayant évacué, avec les urines, un calcul du volume d'une noisette. La malade, aux dires de la mère, aurait eu, entre sa quatrième et sa dizième année, des phénomènes d'inflammation intestinale. Pendant l'intervalle et depuis, elle aurait présenté les symptômes habituels de la cystite ; et ses urines auraient été troubles et à odeur infecte. Il y a un mois, elle mangea une bouillie d'avoine ; ses urines, examinées par un médecin, contenaient le péricarpe de cette cérérale, en même temps que de nombreuses et microscopiques cellules végétales. Par le palper abdominal et le toucher rectal combinés, on put noter une tuméfaction à droite de la vessie et qui semblait empiéter sur la paroi vésicale. Grâce à la cystoscopie, on put voir dans la partie droite de la paroi vésicale un corps brillant, saillant, du volume d'un pois et qu'on prît pour une excroissance polypiforme. C'était un calcul que la malade expulse spontanément sept jours après son entrée. Le diagnostic fut celui de communication probable entre la vessie et l'appendice. (Le calcul était composé de couches concentriques au centre desquelles se trouvaient des pépins de fruits). Laparotomie ; résection de l'appendice qui apparaît comme un cordon tendu entre la face droite de la vessie et le cœcum. Suites opératoires excellentes.

L'urine redevint rapidement claire, et tous les symptômes de cystite disparurent.

Observation XXII

(Œsterlen Otto)

(Inaug. Dissert., Berlin, 1896, in-8, 35 pages.)

Ueber den Durchbruch perityphlitischer Abscesse in die Blase und die andern Hohlorgane des Beckens.

Jeune homme de 16 ans, sans antécédents héréditaires. A eu la rougeole dans son enfance. En mars 1895, périty phlite avec douleurs violentes, qui le tient alité pendant neuf semaines. En juin 1895, dysenterie (?). Peu de temps après, oreillons. Le 23 septembre 1895, il se plaint de douleurs abdominales accompagnées de vomissements et de diarrhée. Les jours suivants, les douleurs ne s'améliorant pas, nécessitent son admission à l'hôpital le 26 septembre. Inappétence, diarrhée, fièvre (T. 38°5) ; tout l'abdomen est rénitent, surtout à droite. Hypersensibilité dans toute la région sous-ombilicale ; les douleurs sont particulièrement vives à droite. Légère matité au-dessus du ligament de Poupart droit. L'urine est claire et ne renferme ni albumine ni sucre. Opium. Le 28 septembre, l'abdomen est encore très tendu ; douleurs vives à la palpation dans le côté droit de l'abdomen. Le 30 septembre, les douleurs ont diminué ; l'abdomen est encore tendu, mais il semble plus mou. Dans la fosse iliaque droite, tension plus considérable que dans la fosse iliaque gauche. Les jours suivants, douleurs plus ou moins vives. Le 5 octobre, les douleurs reparaissent plus vives dans le côté droit de l'abdomen ; fièvre (T. 38°7). A trois travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic, tumé-

faction très sensible. Opium et compresses très chaudes sur l'abdomen. Le 6 octobre, l'urine est trouble et renferme un dépôt abondant ; l'examen microscopique de l'urine révèle la présence de nombreux leucocytes et de quelques corpuscules brunâtres ; on ne saurait dire sûrement si ce sont là des particules de matières fécales. Les jours suivants, pus dans les urines ; l'examen bactériologique donne des cultures pures de bacterium coli commune, qui, inoculées au lapin, provoquent en trois jours de la diarrhée et de la fièvre. Le 11 octobre, la vessie forme une tumeur piriforme au-dessus de la symphyse et sensible à la pression. Les mêmes phénomènes persistent pendant plusieurs jours. Le 14 octobre, disparition de la sensibilité vésicale ; l'urine ne renferme plus qu'un peu de pus. Deux jours après, le malade fait une selle brune et consistante, l'urine est presque sans dépôt, et l'abdomen est plus mou. Le 24 octobre, toute la région vésicale n'est plus douloureuse, et le 26 le malade est considéré comme guéri.

Observation XXIII

(Leplat.)

(*Ann. des mal. des org. génito-urin.* Paris, 1897, XV, 91-94).

Appendicite calculeuse ouverte dans la vessie ; laparotomie.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, comptable, qui, en novembre 1894, et après une longue marche, aurait éprouvé dans la région de l'aîne droite une douleur assez vive qui l'obligea à se coucher. En même temps, il eut de la fièvre, de la constipation, et au bout de deux jours il crut bon de prendre un purgatif.

Huit à dix jours plus tard, le malade découvre dans la région

hypogastrique une petite tumeur du volume d'un œuf, qu'il crut être un abcès. A sa grande surprise, l'ouverture se fit dans la vessie ; car un jour, trois semaines environ après le début des accidents, le malade s'aperçut qu'il émettait par l'urèthre, à la fin de ses mictions, une certaine quantité de pus. En même temps, les phénomènes inflammatoires et douloureux s'amendèrent beaucoup.

Toutefois, par la suite, des crises douloureuses se reproduisirent tous les quinze jours environ, puis de plus en plus fréquemment. La douleur partait toujours de la même région inguinale pour s'irradier dans le reste de l'abdomen, durant un, deux ou trois jours et disparaissait lorsque le malade avait rendu avec l'urine du pus blanchâtre ou blanc rougeâtre. Les pressions et les manipulations de la tumeur rappelaient les mêmes phénomènes, douleurs et rejet de matières purulentes.

Il est évident qu'il s'agit là d'une pyurie intermittente provenant d'une collection périvésicale. Mais le point difficile à éclaircir est l'origine de cette collection. S'agit-il d'une appendicite ouverte dans la vessie ou d'un adéno-phlegmon qui aurait eu la même issue ? Dans la première hypothèse, on ne retrouve dans les urines aucune trace de débris intestinaux ; il faudrait donc supposer que la communication avec l'intestin est complètement oblitérée.

Opération faite le 29 février 1896. Laparotomie latérale. On trouve une tumeur constituée, en avant, par le cœcum ; en dedans, elle adhère fortement à la face latérale de la vessie ; en bas, elle est accolée à l'arcade de Fallope ; en dehors et en arrière, elle est en contact avec le détroit supérieur du bassin et la fosse iliaque. Le volume de cette tumeur dépasse celui du poing ; elle a la dureté du squirrhe et il est impossible de la mobiliser en aucun sens. On est obligé d'inciser fortement au-dessus de l'arcade de Fallope, et en décollant avec le doigt, on sentit un corps très dur, du volume d'une grosse noix : c'était un calcul stercoral provenant de l'appendice.

Le calcul enlevé, il reste une cavité fongueuse très fortement

adhérente à la face latérale droite de la vessie. Dans la cavité para-intestinale, il semble exister un orifice, d'aspect muqueux, qui pourrait être en communication avec l'appendice ; mais on ne peut en acquérir la preuve, car l'appendice reste introuvable.

Drainage de la cavité para-cœcale et suture de la paroi abdominale.

Depuis l'opération, on ne trouve plus de pus dans les urines, ni de crises vésicales douloureuses. Guérison.

Observation XXIV

(Lutaud.)

(In : Leroy *Thèse* de Doct., Paris, 1897, obs. X.)

Appendicite pelvienne prise pour une annexite ; ouverture de l'abcès dans la vessie ; guérison.

Femme de 32 ans, prise subitement, en 1881, d'une douleur foudroyante, généralisée dans tout le ventre. Elle avait été prise de vomissements ; et le médecin appelé auprès d'elle l'avait traitée pour une péritonite. Ne s'est jamais remise complètement, et a été reprise, à différentes époques, d'accidents similaires.

A l'examen fait le 3 avril 1895, on trouve l'utérus enclavé dans une masse de tumeurs en apparence fluctuantes : la plus volumineuse s'étendait à droite et semblait remonter très haut. La température est normale. Pas de sécrétions vaginales ; mais il s'écoule par la vessie, à chaque miction une quantité énorme d'un pus horriblement fétide : gonocoques dans le pus.

Hystérectomie vaginale. La cavité de l'abcès mesurait 30 centimètres de profondeur et s'étendait jusqu'aux confins du foie. A l'examen des organes enlevés on reconnut qu'ils étaient parfaitement sains. Quelques jours avant l'opération, la fistule faisant communiquer l'abcès avec la vessie, s'était bouchée et il en était résulté pour la maladie, une augmentation de tous les symptômes. Guérison.

Observation XXV

(Fowler G.-R.)

(*Trans. Ann. Surg. Ass.* Phila., 1898, XVI, 253.)
Idem in : (*Medic. News*, Phila., 1898, I, 653).

A case of fecal communication with the bladder with resulting calculus, following appendicitis.

Homme de 62 ans, qui entre à l'hôpital Brooklyn, le 4 mars 1895. Il y a douze ans, il fut pris soudainement d'une douleur abdominale constrictive, suivie de nausées et de vomissements. Les douleurs furent ressenties d'abord à l'épigastre, puis à la région iliaque droite. Le malade reste au repos au lit pendant plusieurs semaines avec fièvre et anorexie. Enfin, une quantité de pus sortit avec l'urine ; après cela vient un apaisement des symptômes. Bientôt après, il commença à rendre des matières fécales avec l'urine. Depuis la première apparition de ce symptôme, il souffrait d'une cystite chronique avec des exacerbations aiguës passagères. Un an avant l'admission à l'hôpital, ces symptômes s'aggravèrent beaucoup : douleur vive au périné et au pénis ; dysenterie, irritation vésicale. Tous ces phénomènes forcèrent le malade à garder le lit pendant plusieurs des derniers mois. Dysurie fréquente occasionnée par les ma-

tières fécales s'engageant dans l'orifice vésico-urétral. Dernièrement même, arrêt subit de la miction, caractéristique pour le calcul vésical. Au moment de son admission, le malade est très affaibli. Taille vésicale pour enlever le calcul phosphatique gros comme une noix et la nettoyer des fèces qu'elle renferme. On trouve la partie latérale droite du fond vésical adhérente aux tissus avoisinants le cœcum ; pas de néoplasme. On ne fit pas la laparotomie, à cause de l'affaiblissement du malade. Le malade se rétablit rapidement et quitta l'hôpital quelques semaines après, avec un tube de drainage supra-pubien. Un peu plus tard, le malade ne présenta plus aucune trace de la maladie antérieure.

Il semble hors de doute, ajoute l'auteur, que la communication vésico-intestinale était due à un abcès appendiculaire ouvert dans la vessie et l'intestin.

Observation XXVI

(Keen W. W.)

(Trans. Am. Surg. Assoc., Phila.. 1898. XVI, 243-252. *idem*. In. *J. Am. med. Assoc.*, 1898, I, 1108.)

A case of appendicitis in which the appendix became permanently solderer fo the bladder, like a third ureter, producing a urinary fécal fistula.

Homme de 25 ans. A l'âge de 7 ans, extraction d'une épingle de son urèthre. Autres détails manquent. Depuis quelques années, il souffrait d'un abcès que son médecin localisait à la prostate ; cet abcès s'ouvrit d'une façon tellement fâcheuse qu'une fistule vésico-rectale se forma et qu'ensuite vinrent des

attaques de cystite. A l'âge de 25 ans, section périnéale ; mais la fistule persiste. Alors on résolut de lui faire un anus artificiel qui donna des résultats peu satisfaisants ; les matières fécales passaient souvent dans la vessie : par conséquent l'orifice intestinal de la fistule devait se trouver au-dessus de l'anus artificiel. On fit donc une troisième opération. Cette fois on trouva l'appendice très long ; il pénétrait si profondément dans le bassin que son bout touchait à la prostate : il était solidement incorporé dans la paroi vésicale. Résection de l'appendice et suture de la plaie de l'appareil urinaire. Enfin on fit une quatrième opération pour fermer l'anus artificiel.

Le malade se rétablit et tous les symptômes fistulaires cessèrent. Il quitta l'hôpital en voie de guérison. Mais bientôt après, il fut pris de vomissements et d'une constipation opiniâtre et il mourut d'ileus vingt-quatre jours après la dernière opération. L'abcès présumé de la prostate n'était donc qu'une appendicite.

Observation XXVII

(Poncet.)

(In *Vladoff*. Des abcès appendiculaires ouverts dans la vessie, observation IV, inédite. *Thèse* de Doct., Lyon, 1898, 8°, 70 pages.)

Abcès appendiculaire avec fistule intestinale et vésicale ; guérison.

Jeune fille de 13 ans , constipation habituelle depuis l'âge de 6 à 7 ans. A cette époque, première apparition des douleurs appendiculaires qui se manifestent très fréquemment. Le *29 mars 1898*, début des accidents par des vomissements

bilieux et de la diarrhée avec douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. Le *1er avril*, aggravation de l'état général ; ballonnement du ventre et matité très nette dans toute la région iliaque droite et la région prévésicale. Quatre jours plus tard, la matité s'est encore étendue et l'état général est devenu très mauvais. Intervention immédiate : laparotomie médiane, donnant issue à une quantité notable de pus fécaloïde à odeur horrible. Cloisonnement du péritoine ; mais la cavité purulente fort grande, allait de la vessie bien au-desous de l'ombilic et en profondeur jusqu'à la paroi péritonéale postérieure. Lavage à l'eau stérilisée et drainage. La température tomba immédiatement de 2 degrés (T. 38°). Pendant les deux premiers jours, l'écoulement par le drain fut considérable ; mais la quantité de matières fécales diminua dans sa composition, par suite de la non-alimentation, on y constata la présence de l'urine ; il y avait à la fois fistule intestinale et fistule vésicale ; phénomènes de cystite aiguë. La fistule intestinale disparaît le troisième jour ; dès lors, l'état général s'améliore. Seule la fistule urinaire et l'inondation urineuse de la cavité de l'abcès péritonéal retardent la convalescence. Lavages vésicaux très fréquents. Au bout de dix jours, fermeture de la fistule vésicale. Guérison.

Observation XXVIII

(Duplay.)

(*Méd. Mod.*, Paris, 1899, X, 33-35.)

Il s'agit d'une femme de 44 ans, couturière, qui entre à l'hôpital le 21 avril 1898.

Antécédents héréditaires. Père mort phtisique.. Mère morte très jeune. Une fille morte à 24 ans de laryngite tuberculeuse.

Antécédents personnels. Pas d'accident scrofuleux ou tuberculeux dans l'enfance. Depuis longtemps elle paraît atteinte de bronchite chronique et tousse constamment. A maigri.

Il y a neuf ans, a présenté des symptômes de péritonite qui semble avoir été la manifestation d'une lésion tuberculeuse intestinale. L'existence de cette lésion est démontrée par les accidents de prétendue gastro-entérite qui se sont montrés à la suite et ont persisté depuis lors sous forme de diarrhée chronique. La tuberculose, localisée primitivement ou secondairement dans le cœcum ou l'appendice, a évolué lentement, insidieusement pendant plusieurs années vers l'ulcération.

Le début de l'affection paraît remonter à deux ans environ. Les symptômes présentés étaient ceux d'une cystite et consistaient en douleurs au niveau de l'hypogastre. Malgré des soins assidus, les phénomènes de cystite s'aggravèrent ; et, il y a environ dix mois, on constata que les urines exhalaient une odeur fécaloïde et présentaient des grumeaux ressemblant à des débris de matières stercorales.

Un jour même où la malade avait mangé du raisin, on constata la présence dans l'urine d'un certain nombre de pépins. Enfin, par l'urèthre, au moment de la miction, des gaz s'étaient échappés à diverses reprises.

A son entrée à l'hôpital, les urines sont troubles et présentent un dépôt peu épais, chargé de grumeaux noirâtres ayant les caractères de débris stercoraux et exhalant une odeur fécaloïde.

La malade a maigri et tousse presque constamment, surtout pendant l'hiver. Appétit capricieux. Alternatives de constipation et de diarrhée.

Actuellement, l'examen de l'abdomen ne révèle ni déformation, ni ballonnement. Le ventre est souple dans toute la région sus-ombilicale ; mais au-dessous de l'ombilic et vers la région hypogastrique, bien qu'il n'existe ni gonflement ni tumeur, le ventre a perdu de sa souplesse et se laisse moins bien déprimer qu'à l'état normal. Empâtement profond dans la fosse iliaque

droite, donnant la sensation d'une tuméfaction en forme de boudin, douloureuse à la pression et se prolongeant dans le petit bassin.

En résumé, il s'agit d'une fistule vésico-intestinale qui fait communiquer la vessie avec le cœcum ou avec l'appendice iléo cœcal. Cette fistule a eu très probablement pour point de départ une lésion tuberculeuse de l'intestin qui s'est propagée lentement du côté de la vessie.

Observation XXIX

(Bazy.)

(In Pascal. *Thèse* de Doctorat, Paris, 1900, p. 311. (Observation nº 282). *Revue de gynéc.*, Paris, 1900. p. 1009.)

Appendicite avec abcès pelvien ouvert dans la vessie.

Homme âgé de 49 ans, envoyé par un médecin comme atteint de tumeur de la vessie.

Examen.— Le facies jaunâtre et l'amaigrissement constaté font penser au docteur Bazy à un néoplasme. Néanmoins, les troubles vésicaux étaient peu nets ; il n'y avait jamais eu d'hématuries ; la miction était devenue un peu plus fréquente depuis quelques jours seulement, sans être douloureuse.

Le médecin, qui avait envoyé le malade au docteur Bazy, ne l'avait vu qu'en passant : mais le confrère qui l'avait remplacé pendant une absence avait diagnostiqué une appendicite avec péritonite péri appendiculaire.

L'examen local donne au docteur Bazy les signes suivants : dans le petit bassin, assez loin de la prostate, mais facilement accessible néanmoins par le toucher rectal et la palpation bi-

manuelle, on sent une tumeur irrégulière assez dure, douloureuse à la pression, peu mobile, du volume d'une petite orange; évidemment indépendante de la vessie, cette tumeur paraissait être en connexion avec elle. Comme il y avait des signes d'irritation vésicale, le docteur Bazy, malgré l'absence de tout antécédent intestinal, pensa à une tumeur de l'intestin ayant contracté des adhérences avec la vessie et annonça à bref délai la communication très probable de l'intestin avec la vessie.

Le diagnostic supposé était donc : *néoplasme intestinal propagé à la vessie avec prochaine fistule vésico-intestinale.*

Ces prévisions se réalisèrent très rapidement. Au bout de quelques jours, la fistule était constituée, se caractérisant par le passage de gaz et de matières fécales dans la vessie. De simples lavages de vessie furent ordonnés.

Mais trois jours après, la scène était changée. Le docteur Bazy était appelé et constatait l'existence d'un vaste phlegmon diffus de toute la paroi abdominale antérieure remontant latéralement du côté des flancs avec production de gaz et, par places, de plaques gangréneuses de la peau. L'état général était à l'avenant : langue sèche, rôtie, subdélirium, température élevée.

Le docteur Bazy porta le pronostic le plus grave, vu le diagnostic qu'il avait déjà fait. Néanmoins il traita le phlegmon diffus, comme si le malade eût pu et dû guérir par de larges incisions ouvrant largement les endroits les plus collectés, faisant sortir tous les gaz et tous les liquides accumulés ainsi que des matières fécales, et lavant avec une solution phéniquée faible.

Le docteur Bazy revit, quelques mois après, le malade en parfaite santé. Il avait guéri son phlegmon diffus gangréneux ; il avait fermé sa fistule intestino-vésicale, fermé sa vessie par où s'était faite évidemment l'infection de la cavité de Retzius et de toute la paroi abdominale. Ses urines étaient absolument limpides.

Donc le diagnostic exact était celui-ci : *appendicite avec*

abcès pelvien ouvert dans la vessie ; fistule vésico-intestinale consécutive ; puis infection de la cavité de Retzius et phlegmon diffus gangréneux de la paroi abdominale. Guérison spontanée de la fistule.

Observation XXX

(Percy Allan.)

Brit. Méd. Journ., Lond., 1900, II, 1432.

A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder ; recovery.

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, électricien, qui présenta, il y a sept ans, des symptômes qui firent porter le diagnostic d' « inflammation de l'intestin. »

En 1900, douleur abdominale et diarrhée : vomissements bilieux répétés. Abdomen sensible et tendu surtout dans la fosse iliaque droite, matité très nette. Point de Mac Burney manifeste.

T. 102° F. Traitement médicamenteux par le carbonate de bismuth et l'opium avec application de glace sur la région douloureuse. Les jours suivants, le malade se trouve tout à fait bien. Malgré tout, l'opium est continué.

Il se plaint d'éprouver de grandes difficultés au moment des mictions. Par la suite, pas d'exacerbation de la douleur. La matité persiste. On a la sensation d'une masse de scybales qui s'étendraient vers la région inguinale, à un pouce environ au-dessus du ligament de Poupart. Lavements à l'huile d'olive : petite quantité de glaires avec un peu de sang. On continue l'opium : régime lacté. La matité diminue ; mais la tension abdominale persiste.

Le 7 juillet 1900, douleurs vives qui forcent le malade à rester assis dans son lit ; il ne peut plus uriner. Le ballonnement a disparu et la région iliaque est plus sonore. Le catéthérisme vésical donne issue à une certaine quantité d'urine putride.

Examen rectal négatif.

Diagnostic porté : *abcès formé autour de l'appendice, ayant perforé la vessie.*

Lavages de la vessie avec la solution de Sanitas (4 jours), puis avec une solution de chinosol. En même temps, administration d'hexaméthylène tétramine (V grains).

Au bout d'une semaine, l'urine est moins fétide. Lavages vésicaux tous les deux jours. Enfin, l'urine ne tarde pas à redevenir normale et tous les phénomènes disparaissent. Guérison.

La convalescence suivit son cours normal. Seulement, au bout de deux semaines, le malade eut une orchite double après une marche trop prolongée.

Remarque. — Le docteur *Pye Smith* a observé un cas similaire qui a guéri également et dont mention est faite dans le travail de *Fagge* (Londres, 1888) que nous n'avons pu nous procurer.

Observation XXXI

(Musham Richard)

(In Die im Verlaufe der Blinddarmentzündung auftretenden Fisteln. *Mitteil. aus. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir.* Iena, 1903, XI, 284-308.)

Abcès appendiculaire ouvert dans la vessie (p. 287.)

Jeune homme de 28 ans, qui présente une perforation de la vessie au cours d'une troisième récidive d'appendicite. Pus dans

l'urine. Pendant la miction, il se dégage souvent des gaz par l'urèthre, et l'urine présente un très mauvais aspect. En octobre 1899, résection de l'appendice après l'avoir détaché, avec les plus grandes difficultés, de ses nombreuses adhérences ; on détache aussi le cœcum de la couenne inflammatoire qui l'enveloppe jusqu'à la vessie. Il est impossible de trouver le siège de la perforation vésicale. Guérison de la plaie sans aucune complication : il persiste encore quelques modifications dans la composition de l'urine ; il s'agit d'une cystite et l'on trouve même des cellules végétales dans l'urine. Au bout de deux mois environ, les phénomènes urinaires s'améliorent et le malade peut être considéré comme guéri. Mais à la suite d'excès, le malade vit bientôt son urine devenir plus trouble ; il existait une communication, qui semblait permanente, entre l'intestin et la vessie. Les phénomènes observés faisant craindre une pyélonéphrite ascendante, l'intervention fut décidée ; laparotomie médiane un an environ après la première opération : entéro-anastomose entre l'iléon et le cœcum.

Observation XXXII

(Michel G. et Gross G.)

(Communication faite à la Société de médecine de Nancy, le 22 juillet 1903).

In *Appuhn*. Contribution à l'étude des complications de l'appendicite, observation d'un cas de fistule appendiculo-vésicale. (*Thèse* de Doct., Nancy, 1903).

Appendicite à diagnostic difficile, postérieure à un accouchement suivi de phénomènes puerpéraux, pyurie, laparotomie, fistule appendiculo-vésicale, guérison.

Femme de 20 ans, quartipare, souffre de violentes douleurs

dans la fosse iliaque droite. En novembre 1902 elle fit une chute et le 23 décembre 1902, elle accouchait à terme d'un fœtus macéré. Elle entre à l'hôpital le 24 mars 1903, trois mois après l'accouchement et environ deux mois après la crise douloureuse de la région iliaque droite. Dans la fosse iliaque droite qui est douloureuse, on remarque une masse dure, mal délimitée, du volume du poing, et répondant à la région des annexes. Mictions fréquentes et pénibles, mais non douloureuses ; l'urine renferme 1 gramme et demi d'albumine et un grand nombre de globules de pus avec quelques cellules plates épithéliales. Lavages boriqués de la vessie deux fois par jour. Le 15 avril, la tumeur diminue, résolution de l'appendicite, cystite purulente par infection due aux produits septiques de l'appendice et de l'intestin, phénomènes de péricystite avec adhérences de la vessie à l'utérus. L'examen microscopique de l'urine montre des globules de pus en grande quantité avec quelques cellules plates épithéliales. La malade se plaignant de douleurs vagues et peu précises, on décide d'intervenir. Laparotomie le 24 avril, résection de l'appendice qui amène la disparition rapide de tous les accidents. Le lendemain de l'opération, la quantité de pus contenu dans les urines est notablement diminuée. Le 3 mai, bronchopneumonie intercurrente qui évolue en 10 jours. Le 20 mai, la malade sort guérie, ne présentant qu'un très léger degré de cystite.

Observation XXXIII

(Stone I. S.)

(*Ann. Surg., Phila.*, 1904, XXXIX, 265-267).

Perforation of the urinary bladder by an appendiceal abscess.

Femme de 50 ans, qui présente, en août 1903, les symp-

tômes ordinaires de l'appendicite. Production d'un abcès appendiculaire dans la fosse iliaque droite ; l'intestin n'est pas intéressé et il n'y a pas de phénomènes de péritonite.

Au bout de trois semaines, dysurie et symptômes de cystite qui aboutissent à l'évacuation par la vessie et, deux jours durant, d'une pinte environ de pus. Dès lors, la douleur diminue, mais la fièvre persiste, la tuméfaction de la région ovarienne disparaît rapidement. L'état général de la malade s'améliore ; mais il persiste une légère élévation de température et un peu de fréquence du pouls, vessie irritable, légère sensibilité à la pression dans la région inguinale droite.

Opération : résection de l'appendice qui est adhérent au mésentère au-dessus de la partie supérieure droite de la vessie ; il est également adhérent à tous les organes du bassin, du côté droit. L'appendice était, par son extrémité, en contact direct avec le tissu cellulaire périvésical, immédiatement au-dessus de la vessie. Remplie avec une solution de bleu de méthylène, la vessie fut trouvée intacte, l'orifice de communication s'était fermé spontanément. Drainage. Guérison rapide en deux semaines.

CONCLUSIONS

I. — Les fistules appendiculo-vésicales d'origine appendiculaire sont dues le plus souvent à une situation anormale de l'appendice (appendice postérieur, appendice interne, appendice pelvien), lequel se trouve dans le voisinage de la vessie sinon en contact avec elle.

II. — Un des premiers stades de l'évolution du foyer appendiculaire est d'entrer en connexion avec les tissus voisins et de former des adhérences avec le tissu cellulaire périvésical qui ne tardera pas à s'enflammer : d'où péricystite. Puis irritation de la vessie et congestion de la muqueuse vésicale. La cystite proprement dite se développe dès lors ; et si le phénomène inflammatoire se poursuit, une perforation de la vessie finit par s'établir.

III. — La fistule appendiculo-vésicale est variable de forme, de siège, de dimensions.

IV. — Les symptômes observés, outre ceux de l'appendicite, sont d'abord ceux de la péricystite, puis ceux de la cystite (troubles de la miction, pyurie, parfois hématurie, etc.). Enfin, lorsque la fistule est établie, on remarque le passage de matières fécales dans l'urine.

V. — Le diagnostic est facile à faire si le malade rend spontanément du pus fécaloïde dans ses urines et si les symptômes appendiculaires n'ont pas passé inaperçus.

Vu : Le président de la thèse,
Paul SEGOND.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Ammentorp. — (*Centralbl. f. Chir.*, Leipzig, 1894, n° 44.)

Appuhn (Maximilien-Henri). — Contribution à l'étude des complications de l'appendicite. Observation d'un cas de fistule appendiculo-vésicale. (*Thèse de doct.*, Nancy, 1903, 8°, 110 pages, 1 tab).

Aschendorf (H.). — Blinddarmabscess mit Durchbruch in die Blase. (*Med. Aehrenlese,* Osnabrück, 1865, X, 219).

Balzer. — (*Gaz. méd.*, Paris, 1879, n° 25, p. 321).

Bazy. — Abcès pelviens ouverts dans la vessie. (*Rev. de gyn. et chir. abd.*, Paris, 1898, juin, n° 3, p. 441.)

Beach (J.-N.). — A case of typhlitic abscess, opening into the bladder ; recovery ; subsequent death ; autopsy. (*Ohio M. J.*, Columbus, 1881-1882, I, 157-159).

Billroth. — *Wien. med. Wochenschr.*, 1891, n° 10.)

Blanquinque (Paul). — Etude sur les fistules vésico-intestinales. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1870, 8°, 62 pages.

Boiffin. — Typhlite avec tumeur persistante dans la fosse iliaque ; plus tard évacuation du pus par la vessie et le rectum ; opération ; guérison. *Bull. soc. chir.*, Paris, 1891, XVII, p. 308.

Brun. — *Soc. de chir.*, Paris, 17 juillet 1895.

— Abcès appendiculaire s'ouvrant dans la cavité de Retzius ; phénomènes intenses de cystite ; ouverture dans la vessie ; pus dans l'urine ; intervention ; mort par péritonite généralisée. *Presse méd.*, Paris, 1896, V, 341.

Chapont. — 62 cas d'appendicite opérés. (Obs. XIII. *Thèse de doct.*, Paris, 1901, n° 480).

Chavannaz. — Des fistules vésico-intestinales chez l'homme. (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, Paris, 1897, n^{os} 11 et 12 ; 1898, n^{os} 1 et 2).

Chevalier. — Appendicite pelvienne. (*Thèse de doct.*, Paris, 1900, n° 451, 128 p.).

Cotar. — Appendicites larvées. (*Thèse de doct.*, Paris, 1901).

Damien-Masson (Calixte-Alphonse). — Etude des complications vésicales dans l'appendicite. (*Thèse de doct.*. Paris, 1898, n° 35, 86 p.).

Davat. — Symptômes de périty phlite chronique ; phlegmon péri-utérin ouvert simultanément à l'extérieur, dans le cœcum et dans la vessie ; autopsie. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1873, XLVIII, 577).

Duplay. — Des fistules vésico-intestinales. (*Méd. mod.*, Paris, 1899, X, 33-35).

Duret. — Des troubles urinaires dans l'appendicite. (*Assoc. franç. d'urol.*. Paris, Procès-verb. et mém., 1889, 4. — *Rev. méd.*, Paris, 1890, p. 458. — *XI^{e} Congrès de chirurgie*, Paris, 1897. — *Assoc. franç. d'urol.*, Paris, 1899, IV, 401).

Esnault. — Appendicite pelvienne. (*Thèse de doct.*, Paris, 1897).

Fagge. — Cas observé par le docteur Pye-Smith, in *Principles and Practice of Medicine*. London, Churchill, 1888, 2 vol., 2^{e} édit.

Fortun (E.). — Suppurating appendicitis opening into the bladder. (*N. Albany M. Herald*, 1903-4, XXII, 367).

Fowler (G.-R.). — A case of fecal communication with the bladder with resulting calculus, following appendicitis. (*Tr. Am. Surg. Ass.*, Phila., 1898, XVI, 253. — *Med. News*, 1898, I, 653).

Fraser (N.-S.). — Appendicitis with rupture into urinary

bladder. (*Maritime Med. News*, Halifax, 1903, XV, 111-113).

Goode. — *Brit. Med. Journ.*, London, 1864, II, 488.

Hallé. — *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, Paris, 1892, p. 913.

Hartmann et Raymond. — 1er congrès d'urologie, 1897.

James-Johnson (Henri). — Ulcération du cœcum ; abcès de la fosse iliaque droite communiquant avec la cavité de la vessie urinaire ; symptômes remarquables. (*Gaz. méd. de Paris*, 1837, V, 123).

Jervelle. — Communication à la Société de chirurgie de Christiania. (*Forhandl. i ost med.*, Selskab., 25 sept. 1895).

Keen (W. W.). — A case of appendicitis in which the appendix became permanently solderer to the bladder, like a thoid ureter, producing a urinary fecal fistula. (*Trans. Am. Surg. Assoc.*, Phila., 1898, XVI, 243-252. — *J. Am. med. Assoc.*, Chicago, 1898, I, 1108).

Krackowiser. — *Med. Rec.*, New-York, 1867.

Lancien (Ferdinand). — Contribution à l'étude des troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite. (*Thèse de doct.*, Paris, 1902, n° 226, 60 p.).

Leplat. — Abcès appendiculaire s'ouvrant dans la vessie sans phénomènes de cystite ; pyurie intermittente ; opération ; guérison. (*Bull. Soc. anat. de Lille*, 1896. — *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, Paris, 1897, p. 91).

Leroy (Emile). — Diagnostic différentiel de l'appendicite et des affections péri-utérines. (*Thèse de doct.*, Paris, 1897, n° 79, 94 p.).

Loiseau (Ferdinand). — Fistules éloignées d'origine appendiculaire. (*Thèse de doct.*, Paris, 1899, n° 220, 54 p.).

Marson. — Etude des complications vésicales dans l'appendicite. (*Thèse de doct.*, Paris, 1898).

Ménière. — Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant

la fosse iliaque droite. (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1828. p. 527).

Michaïloff. — Actinomycose des voies urinaires. (*Thèse de doct.*, Lyon, 1899, 64 p.).

Middeldorf. — *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1884, nos 15 et 16.

Munnich. — *Monatschr. f. Geburtsh.*, 1863, XXI, 269.

Musham — *Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Iéna, 1903, XI, 287).

Niehans. — Fistule vésico-intestino-cutanée par abcès pérityphlitique. (*Centralbl. f. Chir.*, Leipz., 1888, no 29, 521).

Œsterlen. — Ueber den Durchbruch perityphlitischer Abscesse in die Blase und die andern Hohlorgans des Beckens. (*Inaug. Dissert.*, Berlin, 1896).

Pascal. — Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et chez la femme. (*Thèse de doct.*, Paris, 1900, in-8°, 328 p.).

Percy-Allan. — A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder ; recovery. (*Brit. med. Journ.*, London, 1900, II, 1432).

Piard. — Des suppurations à distance dans l'appendicite. (*Thèse de doct.*, Paris, 1896, no 279, 175 p.).

Poncet. — Observation IV, in *thèse* Vladoff.

Reynès (H.). — Les complications vésicales de l'appendicite. (*XIIIe Congr. internat. de méd.*, sect. de chir. générale, Paris, 1900 ; C.-r. 1901, 685-693).

Rochester (Th.-F.). — Case of perforation of the bladder by an appendiceal abscess. (*Trans. Am. med. Assoc.*, 1879, XXX, 495-497).

Roux (de Lausanne). — Abcès appendiculaire ; perforation de l'appendice ; cystite suraiguë avec ténesme et pyurie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1890.

Sédillot (C). — Phlegmon appendiculaire, fistule vésicale et intestinale ; mort. (*Ann. de chir.*, Paris, 1841, II, 305).

STEDMAN (C.-E.). — Two cases of appendicitis, one fatal. (*Boston Med. a. Surg. J.*, 1888, CXIX, 241-243).

STONE (J.-S.). — Perforation of the urinary bladder by an appendiceal abscess. (*Ann. Surg.*, Phila, 1904, XXXIX, 265-267).

THERIG. — Zwei Fälle von Paratyphlitis mit Durchbruch in die Harnblase. (*Centralbl. f. innere Medicin*, 1894. XV, 97-99).

TUFFIER et DUMONT. — Des fistules intestino-vésicales chez la femme. (*Rev. de gynéc. et chir. abd.*, Paris, 1898, n° 3, p. 441).

VLADOFF. — Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie. (*Thèse de doct.*, Lyon, 1898).

Buzançais (Indre), Imprimerie F. Deverdun.